Aus der Universitäts-Frauenklinik, Göttingen
Direktor: Professor Reifferscheid.

Retroperitonealer Riesentumor des Ovariums

Auszug aus der gleichbetitelten Inauguraldissertation zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde an der Georg-August-Universität zu Göttingen

von

Theodor Schröder
Medizinalpraktikant aus
Haselünne.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

*

Dissertation der
Medizinischen Fakultät Göttingen vorgelegt
am 5. Juli 1920.

*

Referent: Priv.-Doz. Dr. Dietrich
Korreferent: Professor Dr. Reifferscheid

Die Drucklegung ist seitens der Fakultät genehmigt.

*
B. Davids
Buchdruckerei
in Emden
*

Die **Komplikationen**, mit denen ein Ovarialtumor einhergehen kann, sind mannigfacher Art. Es kommen vor allem in Betracht Stieldrehung, Verwachsungen, Auftreten von Metastasen, Vereiterung und Verjauchung und schließlich intraligamentäre Entwicklung.

Ein Fall von einer intraligamentär und zum weitaus größten Teil retroperitoneal entwickelten desmoiden Neubildung des Ovariums kam in der Göttinger Frauenklinik zur Beobachtung. Es handelte sich um eine ältere Patientin. Klinisch konnte festgestellt werden, daß die ganze rechte Bauchseite und das kleine Becken von einer kolossalen, größtenteils derben Resistenz ausgefüllt waren. Uterus und Adnexe waren nicht zu tasten. Auffällig waren besonders die geringen Beschwerden der Patientin. Drucksymptome (Oedem und Varicen an beiden Beinen) waren vorhanden. Bei der Operation stellte sich heraus, daß es sich um eine riesenhafte, vom rechten Ovarium ausgehende solide Neubildung handelte. Der Tumor saß intraligamentär bezw. retroperitoneal und reichte mit seinen Ausläufern bis zur rechten Niere und unter die Leber. Die Enukleation gestaltete sich infolgedessen sehr schwierig und gelang nur unter Präparation aller retroperitonealen Gebilde der rechten Bauchseite. Rechte Niere, Ureter bis zur Blase, Gefäße und Nerven lagen wie beim anatomischen Präparat vor. Der Verlauf der Operation sowohl, als auch der Heilungsverlauf war ein glatter. Der Tumor wog 24 Pfund. Mikroskopisch erwies er sich als ein Fibro-Lipo-Myxo-Sarcom.

Derartig große desmoide Neubildungen des Ovariums mit so ausgedehnter retroperitonealer Entwicklung sind in der Literatur nur wenige zu finden. 13 aus der Literatur bekannte Fälle von intraligamentärem Wachstum desmoider Ovarialtumoren, deren Größe z. T. über die Norm hinausgeht, werden in Kürze aufgeführt.

Weiter wird auf die **Häufigkeit** des Vorkommens von intraligamentärem Wachstum eingegangen, nachdem einige kurze Bemerkungen über die Art der Entwicklung und Stielbildung der Ovarialtumoren vorausgeschickt sind. Es steht fest, daß die intraligamentäre Entwicklung je nach Art des Tumors ganz verschieden häufig ist. Am meisten kommt sie bei den cystischen Neubildungen des Ovariums zur Beobachtung. Über das Vorkommen subserösen Wachstums desmoider Ovarialtumoren finden sich in der Literatur nur vereinzelt zahlenmäßige Angaben. Nach allen Autoren ist indes so viel sicher, daß sie nur äußerst selten subserös entwickelt sind, weil sie (nach Pfannenstiel und Olshausen) dort den Knoten bilden, wo sie entstehen. Nur wenn die Neubildung in der Gegend des Hilus selbst ihren Sitz hat, ist bei den desmoiden Geschwülsten subseröses Wachstum möglich.

Die **Aetiologie** des intraligamentären Wachstums ist im übrigen noch nicht völlig geklärt. Kaltenbach denkt an Verwachsungen, die die freie Entwicklung der Tumoren in die Bauchhöhle hindern sollten. Freund glaubt, nur wenn das Ovarium primär intraligamentär liege, komme es zu dieser Art des Wachstums. Pfannenstiel ist der Ansicht, daß die Freund'sche Erklärung nur für Gewächse der Marksubstanz in Frage komme, da nur diese bei tiefer Einbettung intraligamentär liege. Die Mehrzahl der subserösen Eierstockgeschwülste entstamme jedoch der Rinde, die stets intraperitoneal gelagert bleibe.

Der **Grad der intraligamentären Entwicklung** und die Art und Weise des weiteren Wachstums sind sehr ver-

schieden, wie aus den Fällen der Literatur hervorgeht. So ausgedehnte subseröse Geschwulstwucherung, wie in unserem Falle, fand ich in der Literatur nicht beschrieben. Nach Veit kann die Entfaltung des ligamentum latum nach allen Richtungen hin erfolgen. Hegar-Kaltenbach unterscheiden zwei Wachstumsrichtungen der intraligamentären Tumoren, in dem vorzugsweise einmal das vordere, ein anderes Mal das hintere Blatt durch den Tumor entfaltet werde.

Die **Symptome,** welche das Vorhandensein von großen retroperitoneal entwickelten Ovarialtumoren begleiten, sind nur wenig eindeutig, die Beschwerden der Patientinnen oft sehr gering und zum mindestens keineswegs der Größe und Ausdehnung der Geschwulst entsprechend. Dies beweist auch die Krankengeschichte unserer Patientin. Irgendwelche besonderen Beschwerden von seiten der Blase oder des Mastdarmes waren nicht vorhanden, trotz völliger Ausfüllung des Beckens mit Tumormasse.

Aszites, der bei den desmoiden Neubildungen des Ovariums, zumal den bösartigen, regelmäßig auftritt, fehlte in unserem Fall.

Die **Diagnose** einer großen, retroperitoneal entwickelten, desmoiden Neubildung des Ovariums ist mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden und meistens geradezu unmöglich. Gewöhnlich kann eine solche erst durch Operation gestellt werden. Differentialdiagnostisch kommen in Betracht Geschwülste, die von dem Zellgewebe des Retroperitonealraumes oder von den retroperitoneal gelegenen Organen ihren Ausgang genommen haben. Diese können unter Umständen dieselben Symptome machen und auch denselben Befund bieten, wie retroperitoneal entwickelte Eierstocksgeschwülste. Steele mißt den sogenannten Drucksymptomen, Sikemeyer dem „ganz zur Seite drängen auch des Dickdarmes“ für die Diagnose der retroperitoneal entstandenen Tumoren besonderen Wert bei. Demgegenüber

zeigt unser Fall, daß großen, retroperitoneal entwickelten Ovarialtumoren diese Symptome ebenfalls eigen sein können.

Durch intraligamentären Sitz und mehr noch durch retroperitoneale Entwicklung wird die Schwierigkeit der Ovariotomie immer erheblich gesteigert. So war es auch in unserem Fall. Alle retroperitoneal gelegenen Gebilde der rechten Bauchseite mußten freigelegt werden, um die völlige Exstirpation zu ermöglichen.

Für die **Entfernung von Ovarialtumoren** kommen prinzipiell zwei Wege in Betracht: Der vaginale und der abdominelle. Der erstere ist heute fast vollkommen aufgegeben. Bei dem letzteren sind wieder zwei Möglichkeiten der Ausführung gegeben: Einmal die intraperitoneale, sodann die extraperitoneale Ausschälung der Geschwulst. Die erstere kommt nur äußerst selten zur Anwendung.

Die **Gefahren** der Operation bestehen in der Möglichkeit einer Verletzung der Blase, des Mastdarmes und vor allem der Ureteren, ferner in einer eventuell eintretenden Infektion des Geschwulstbettes, schließlich in der Gefahr „ausgedehnter Thrombosen im parametralen Bindegewebe mit all seinen gefährlichen Folgezuständen." (Hegar-Kaltenbach.)

Was den **histologischen Aufbau** der Geschwulst angeht, so gehört sie nach der Einteilung von Pfannenstiel in die Gruppe der Sarcome „mit heterologer Gewebsbildung" und zwar handelte es sich in diesem Falle um ein Fibro-Lipo-Myxo-Sarcom.

* *
*

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548107_0011